



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

Adesão Terapêutica na Adolescência: Dificuldades e como superá-las

Discente:

Diogo António Boavida Miragaia

JULHO'2017

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

Adesão Terapêutica na Adolescência: Dificuldades e como superá-las

Discente:

Diogo António Boavida Miragaia

Orientado por:

Dra Nazaré Santos

JULHO'2017

Conteúdo

RESUMO	4
O ADOLESCENTE	6
MOTIVOS DE NÃO ADESÃO E SIGNIFICADO DA DOENÇA NO JOVEM E NA SUA FAMÍLIA	8
MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DE ADESÃO TERAPÊUTICA.....	9
PATOLOGIAS RELEVANTES NA ADOLESCÊNCIA.....	11
ASMA NO ADOLESCENTE	11
DIABETES NO ADOLESCENTE.....	12
ESQUIZOFRENIA NO ADOLESCENTE	14
DEPRESSÃO MAJOR.....	16
INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ADERÊNCIA.....	17
SIMPLIFICAÇÃO	18
CONHECIMENTO	18
MODIFICAÇÃO DE CRENÇAS E COMPORTAMENTOS	19
COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	19
DEIXAR PRECONCEITOS.....	20
AVALIAÇÃO DA ADERÊNCIA	20
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA ADESÃO TERAPÊUTICA.....	21
CONCLUSÃO	22
AGRADECIMENTOS.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	23

RESUMO

O mundo da Medicina tem evoluído a uma velocidade exponencial. Com cada vez mais estudos publicados a cada ano, mais medicamentos são introduzidos no mercado e mais descobertas são feitas sobre diversas patologias. Por estas razões pode existir uma sensação de maior facilidade na terapêutica de patologias tanto agudas como crónicas, sem haver uma grande ênfase na relação com o paciente, o principal alvo das diversas intervenções, entre as quais a medicação. Mas a verdade é que a aderência na população em geral é um dos pontos fracos da medicina atual, com alguns estudos a referir não adesão à medicação em 45% dos participantes (1).

Este facto é talvez ainda mais enfatizado nos adolescentes, devido a múltiplos fatores: a doença em si e o modo como o jovem lida com a mesma, a relação que o adolescente tem com a sua família e os possíveis efeitos secundários que a medicação pode causar. É uma época da vida desafiante, que se tornará mais complexa com a introdução de uma doença e do tratamento para a mesma. Por estas razões devemos estar particularmente atentos a este grupo etário.

Neste trabalho serão abordadas as causas de não adesão à terapêutica em patologias crónicas e prevalentes na adolescência, tendo como intuito a exposição de métodos que ajudem o médico a melhorar a adesão à medicação, melhorando assim o tratamento da mesma.

O objetivo deste trabalho é de indicar as dificuldades dos adolescentes em aderir à sua medicação e fornecer formas de lidar com esta situação. Para isso procedeu-se a uma revisão da literatura. Esta revisão de tema baseou-se na pesquisa de artigos na base de dados pubmed entre os anos 2001 e 2017 com as palavras chave: adolescente, adesão, família, relação paciente-médico. Esta pesquisa foi ainda apoiada por pesquisa bibliográfica sobre a Adolescência e as mudanças que ocorrem durante a mesma.

Palavras-Chave: Adolescente, aderência, família, relação doente-médico.

The world of medicine has evolved at an exponential rate, with more and more studies being published each year, more drugs to be introduced and more discoveries about various pathologies to be made. For these reasons the treatment of both acute and chronic conditions may seem easier, without a great emphasis on the relationship with the patient, the main target of the various interventions, including medication. But the truth

is that adherence in the general population is one of the weaknesses of current medicine, with some studies reporting nonadherence to medication in 45% of participants (1).

This fact is even more evident in adolescents, due to multiple factors: the disease itself and the way he deals with it, the relationship that the teenager has with his family and the possible side effects that the medication can cause. It is a challenging time of life that will become more complex with the introduction of a disease and treatment for it. For these reasons we must pay particular attention to this age group.

In this work, the causes of non-adherence to therapy in chronic and prevalent pathologies in adolescence will be addressed, with the purpose of exposing methods that help the physician to improve adherence to medication, thus improving treatment.

The objective of this study is to indicate the difficulties of adolescents in adhering to their medication and to provide ways to deal with this situation. For this, a review of the literature was carried out. This review of the theme was based on the research of articles in the database pubmed between the years 2001 and 2017. This research was further supported by bibliographical research on Adolescence and the changes that occur during it.

Key words: adolescent, adherence, family, patient-physician relation.

O Trabalho Final exprime a opinião do autor e não da FML.

O ADOLESCENTE

Adolescência é definida pela OMS como o período de desenvolvimento entre os 10 e 19 anos, representando uma fase de transição crítica caracterizada por várias mudanças no corpo do jovem, assim como a forma como este interage com o seu meio, com os seus pares e com mudanças em relação ao amor e à sexualidade. É também uma etapa do ciclo vital caracterizada pela procura de autonomia, diferenciação da família e mudança em relação ao amor e à sexualidade (2).

Mudanças físicas - É o momento da puberdade onde se vão dar muitas e significativas mudanças corporais e psicológicas. Estas são primariamente desencadeadas pelo início da produção das hormonas sexuais. No rapaz, o primeiro sinal do início da adolescência é o desenvolvimento testicular, que ocorre em média aos 9,5 anos, seguido do aparecimento de pelos púbicos. Na rapariga o primeiro sinal do início da adolescência é o aparecimento do botão mamário entre os 8 e 12 anos. A primeira menstruação (menarca) usualmente aparece passados 2,5 anos, entre os 9 e os 15 anos. Atualmente tem sido evidente um início mais precoce do desenvolvimento destes caracteres sexuais, não se reconhecendo com certeza a etiologia, postulando-se a exposição mais precoce das crianças a toxinas semelhantes a estrogénio no ambiente ou à obesidade infantil como possíveis fatores. Além do desenvolvimento sexual, existe também um desenvolvimento somático em ambos os sexos. A este nível, é espetável um pico de crescimento mais precoce nas raparigas do que nos rapazes, com cerca de 2-3 anos de diferença. Este crescimento tem início pelas extremidades (mãos e pés), continua pelos braços e pernas, e finalmente tronco e abdómen (3). Por esta razão, no início da adolescência existe uma época em que o aspeto do adolescente é assimétrico. A composição corporal também tem muitas mudanças. No sexo masculino existe um desenvolvimento de massa muscular, enquanto que no feminino há um aumento da proporção de gordura corporal. Estas mudanças (principalmente no sexo feminino), podem levar a distúrbios alimentares, a uma relação mais difícil entre o jovem e o seu próprio corpo (4) e também a problemas de autoestima.

Mudanças neuro-cognitivas - Durante a adolescência existe um desenvolvimento cognitivo contínuo. O pensamento é baseado principalmente em ideias concretas na criança, passando para ideias abstratas e simbólicas no adolescente. Esta maturação é

também observada no cérebro do adolescente. Durante este período de vida acontecem múltiplas sinapses no cérebro (5), mas de forma assimétrica. A investigação atual revela um desenvolvimento tardio dos lobos frontais, sendo um período de ativação funcional de sistemas motivacionais e emocionais, pelo que os sistemas pré-frontais corticais ainda não atingiram a maturidade, o que leva a uma dificuldade em pensar criticamente, antes de fazer escolhas. Este desenvolvimento mais tardio pode explicar a maior frequência de tomada de comportamentos de risco nos adolescentes (2).

Mudanças psicológicas - Para atingir a idade adulta o adolescente tem de resolver diferentes tarefas essenciais na progressão do seu desenvolvimento. Estas dizem respeito à relação com os pais, com os seus pares, e a mudança em relação ao amor e à sexualidade (2). A partir destas tarefas o adolescente consegue:

- Conquistar a sua autonomia;
- Ter uma avaliação correta da sua imagem corporal;
- Expressar corretamente e satisfatoriamente os seus impulsos sexuais;
- Implementar um plano realista para atingir estabilidade social;
- Transitar da conceptualização concreta para abstrata;
- Ter um sistema de valores aplicável aos acontecimentos de vida.

É de lembrar que os fenómenos biológicos, cognitivos, psicológicos e sociológicos são indissociáveis, pelo que não devem ser avaliados isoladamente (6). Todas estas transformações estão ligadas à capacidade de dar resposta às necessidades internas, às adaptações externas e dos os meios de ajudas dos contextos afetivo, familiar, sociocultural e médico, capacitando assim uma relação saudável com o seu ambiente, onde se irá incluir o seu médico.

MOTIVOS DE NÃO ADESÃO E SIGNIFICADO DA DOENÇA NO JOVEM E NA SUA FAMÍLIA

Existem múltiplas razões para um adulto não tomar a sua medicação no dia-a-dia: efeitos secundários, custo da medicação, não acreditar na eficácia na sua medicação ou simplesmente esquecer de a tomar. No adolescente, todas estas razões estão presentes, mas estão ainda acompanhadas por vários outros motivos derivados das especificidades desta faixa etária.

Como já foi referido anteriormente, o adolescente, devido às múltiplas evoluções neuro-cognitivas e psicológicas, o adolescente tem dificuldade em avaliar o risco de determinadas situações (por exemplo: não avalia o risco da própria patologia na sua saúde). Quando o jovem é confrontado com a sua doença, pode menosprezar a mesma ou mesmo negá-la, levando a que não queira ser tratado, pensando que não precisa da medicação. O adolescente pode ainda recear o efeito de ser rotulado como “doente” (ou “maluco” em casos de doenças psiquiátricas) perante os seus colegas, pensando que poderá ser tratado de maneira diferente pelos mesmos, sendo excluído do seu grupo. É normal o adolescente sentir vergonha quanto à sua doença e medicação, podendo causar também sentimentos de falta de autonomia (o adolescente sente-se obrigado a tomar a sua medicação). O médico deve tentar aliviar estes sentimentos no jovem, tentando restaurar o equilíbrio no mesmo, dando de novo o controlo a este, indicando que é ele o responsável pelo seu próprio corpo, de forma a que ele confronte e combata ativamente a sua doença.

Mas no adolescente, um pouco como na criança, temos de ter em consideração a família do paciente. Se num adulto apenas temos de convencer uma pessoa de que necessita de tomar um certo medicamento, no adolescente é essencial garantir a cooperação não só do mesmo como dos seus pais/tutores. Atualmente, com vários meios de pesquisa largamente disponíveis, como a televisão ou a internet, os pais podem considerar os efeitos secundários inaceitáveis, ou pensar que há métodos alternativos ao tratamento dos seus filhos (medicina não convencional). É o trabalho do médico explicar não só a doença, mas também a necessidade da medicação, explicando os possíveis efeitos secundários dos fármacos, dizendo que estes são normais, mesmo expectáveis. O médico deve perceber que existe um grande choque para a família quando recebe a notícia de que o seu filho tem uma doença. Tem de ajudar a família a fazer o luto do filho “perfeito” e saudável e de reduzir o impacto negativo que a doença pode ter na família e no jovem.

A própria reação da família à notícia de que aquele membro da família tem uma doença é muito importante na forma como o próprio a vai encarar. Inicialmente, é comum os pais sentirem-se deprimidos, ansiosos e obcecados com a patologia (7). Uma sensação de choque e impotência pode levar a que toda a família sinta que nada pode fazer contra a doença, que será inútil a terapêutica que o médico propõe. Neste ponto, o médico deve referir a normalidade destes sentimentos e dizer que estas sensações mudam com o passar do tempo, tendo uma redução drástica após um ano. Num estudo em que se observaram as reações da família ao diagnóstico de diabetes no seu filho, o sentimento de depressão diminuiu de 17,41 à data do diagnóstico para 3,6 numa escala de avaliação de sintomatologia depressiva 1 ano após o diagnóstico (Symptom Checklist-90 (SCL-90)) (7).

A família tem de estar preparada tanto para dar apoio ao adolescente como para perceber as situações em que o jovem precisa de espaço: fundamentalmente, tem de perceber o que é que o jovem precisa a cada momento, respondendo de forma adequada.

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DE ADESÃO TERAPÊUTICA

Um dos grandes problemas do estudo da adesão de qualquer grupo a uma intervenção terapêutica, é o método de avaliação da aderência. Esta avaliação pode ser muito difícil, principalmente devido a ser muitas vezes subjetiva. Por este motivo, em seguida serão apresentados diversos métodos de avaliação (assim como os seus prós e contras).

Observação direta - O considerado “gold-standard”, em que um profissional de saúde se dirige a casa do paciente e observa a toma da medicação, ou o doente se dirige ao local de saúde com o mesmo intuito. Apesar de ser um método muito seguro, implica grandes custos, tanto de tempo como de dinheiro. Atualmente, esta realidade está a mudar com a introdução de novas tecnologias, podendo a toma de medicação ser presenciada por um profissional de saúde através de webcams, não sendo assim necessárias longas deslocações, um dos principais fatores contra este método.

Contagem de medicação/pesagem de inaladores – o método mais pragmático pelo que é mais comumente utilizado, principalmente em patologia que requeiram medicação crónica (asma, HIV). Um dos aspetos negativos deste método é o facto de poder ser facilmente manipulado, com inalações feitas para o ar ou deitar medicação para o lixo, de

forma a dar a impressão de melhoria de aderência, facto que acontece com frequência entre os adolescentes (8).

Recolha de história clínica – pedir informação direta ao paciente é a forma mais rápida e fácil de obter informação, tendo como negativos o facto de o doente ter de se lembrar e reportar a informação corretamente, tendo ainda como agravante de ser um método que sobrestima a aderência quando comparado com outros métodos como contagem de dosagem eletrónica.

Um dos questionários mais utilizados é o MMAS (Medical Morisky Adherence Scale) que utiliza 8 perguntas e avalia a adesão terapêutica numa escala nominal.

-Às vezes esqueces-te de tomar a tua medicação?

-Pessoas não tomam a sua medicação por outras razões além de se esquecerem. Nas últimas duas semanas não tomaste a tua medicação por outra razão que não o esquecimento?

-Alguma vez diminuístes ou suspendestes a tua medicação porque te sentiste pior?

-Quando viajas, esqueces-te da sua medicação?

-Tomaste a tua medicação ontem?

-Achas que quando a tua doença está controlada, deixas de tomar a tua medicação?

-Tomar medicação é um incómodo para algumas pessoas. Sentes-te incomodado por teres de cumprir a tua terapêutica?

-Quantas vezes sentes dificuldade de te lembrares de tomar a tua medicação?

(Nunca, de vez em quando, algumas vezes, muitas vezes, sempre?).

You indicated that you are taking medication for your (identify health concern, such as "high blood pressure"). Individuals have identified several issues regarding their medication-taking behavior and we are interested in your experiences. There is no right or wrong answer. Please answer each question based on your personal experience with your [health concern] medication. Interviewers may self identify regarding difficulties they may experience concerning medication-taking behavior.

(Please circle the correct number)		
	No=0	Yes=1
1. Do you sometimes forget to take your [health concern] pills?		
2. People sometimes miss taking their medications for reasons other than forgetting. Thinking over the past two weeks, were there any days when you did not take your [health concern] medicine?		
3. Have you ever cut back or stopped taking your medication without telling your doctor, because you felt worse when you took it?		
4. When you travel or leave home, do you sometimes forget to bring along your [health concern] medication?		
5. Did you take your [health concern] medicine yesterday?		
6. When you feel like your [health concern] is under control, do you sometimes stop taking your medicine?		
7. Taking medication everyday is a real inconvenience for some people. Do you ever feel hassled about sticking to your blood pressure treatment plan?		
8. How often do you have difficulty remembering to take all your medications? (Please circle the correct number)		
Never/Rarely.....	0	
Once in a while.....	1	
Sometimes.....	2	
Usually.....	3	
All the time.....	4	

Figura 1 - Questionário de Morisky para avaliar Adesão Terapêutica.
Source- Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting.

Folhas de prescrição – forma fácil de obter dados durante estudo, assim como maximizar aderência (doentes não podem tomar medicação que não tenham comprado).

Como negativo temos o facto de o doente ter ido levantar a medicação, não quer necessariamente dizer que o doente a está a tomar.

Amostra de sangue – podemos procurar de várias formas a aderência a medicação através do sangue: farmacocinética, procura de marcadores específicos da doença (contagem CD4 e carga viral em HIV), ou biomarcadores (periostina com marcador de atividade Th2 em asma). Como vantagens tem a precisão enquanto apresenta fatores negativos como custos, possível recusa por parte do individuo em colher sangue múltiplas vezes, e com especial importância perante o adolescente, a quebra de confiança médico-doente (9).

PATOLOGIAS RELEVANTES NA ADOLESCÊNCIA

Decidi neste estudo sobre as dificuldades de adesão terapêutica no adolescente, focar-me em doenças crónicas, pois é nestas patologias, onde é necessário que haja manutenção de terapêutica farmacológica por longos períodos de tempo, que existem ou maiores incumprimentos de medicação. Dentro das doenças crónicas, foquei-me naquelas que se apresentam com mais frequência nesta faixa etária (Asma e Diabetes), assim como em patologias psiquiátricas em que a não adesão à terapêutica farmacológica pode levar a morbilidade e mortalidade elevadas (Depressão major e Esquizofrenia).

ASMA NO ADOLESCENTE

Uma das condições mais estudadas na adolescência quanto à adesão terapêutica é a asma, visto ser uma patologia que tem uma grande prevalência nesta faixa etária, tendo também um importante impacto nas despesas na saúde. Pelo facto desta patologia requerer terapêutica crónica, torna-se numa doença privilegiada quanto a estudos de aderência à medicação. Esta pode ser feita por vários métodos, não havendo nenhum perfeito, tendo cada um os seus benefícios e limitações.

Um estudo de monitorização eletrónica avaliou a aderência num grupo de 97 adolescentes (12-17 anos) durante apenas quatro semanas e verificou que a aderência desceu significativamente, tendo evoluído de 97,2% na primeira semana para 83,7% na quarta, assim como um decréscimo de veracidade no relato dos valores de monitorização (10). No entanto, este tipo de manipulação é superior a outras, como a manutenção de um

diário com os mesmos dados - evolução de compliance no mesmo período de tempo (88,0 para 73,7%) (11)

Estes dados parecem indicar uma preferência por métodos eletrónicos acima de diários físicos, facto que é possível observar pela existência de várias aplicações disponíveis em smartphones para recolher dados sobre a evolução da sua patologia. Este fenómeno poderá ser explicado pela mais fácil e rápida recolha de dados, assim como a utilização de lembretes por parte destas aplicações pode aumentar a adesão à terapêutica, algo que não se verifica com os diários físicos, assim como a fácil adesão e compreensão das novas tecnologias por parte dos adolescentes, que já nasceram e cresceram rodeados destas tecnologias, ao contrário de idosos e mesmo da maioria dos adultos.

DIABETES NO ADOLESCENTE

Outra patologia crónica e prevalente na adolescência é a diabetes mellitus tipo 1, sendo só mesmo superada em número de afetados pela asma (12). Esta patologia em particular tem múltiplos problemas de adesão, além dos já referidos anteriormente. Entre estes encontram-se problemas como a necessidade de efetuar medições de glicose a várias horas dos dias, podendo estas ser dolorosas e ainda interrompendo a vida do adolescente, assim como o incómodo de se deslocar constantemente com todo o material necessário para executar a administração de insulina. Todos estes problemas levam a que apenas 21 % dos adolescentes tenham os níveis glicémicos controlados (HbA1c) (13).

Esta patologia em si tem uma adesão muito complexa, pois requer a necessidade de vários controlos glicémicos durante o dia (em jejum, após refeições), a contagem de hidratos de carbono, algo que pode ser complexo, principalmente em pacientes mais jovens, sendo ainda muito dispendioso a nível de tempo, o ajuste de doses de insulina a tomar e várias consultas de controlo necessárias. Mesmo tecnologia mais avançada como a Monitorização de Glucose Contínua, que permite um melhor controlo sobre os valores de glucose no sangue, têm uma utilização reduzida entre os adolescentes (4% entre as idades 13 e 18 anos, com taxas de adesão de 6% nos adultos jovens (18-26 anos)), e de 21% na população acima dos 26 anos (14). Este método de avaliação de glucose faz medições contínuas dos valores de açúcar, podendo avisar episódios de hipoglicémia antes de estes começarem prevenindo assim estas crises. O segundo ponto a favor desta tecnologia mais recente é o facto de ter um efeito importante na redução da hemoglobina

glicada (HbA1c), sendo esta um excelente indicador para monitorizar risco de lesão de órgão. Mas tem também os seus efeitos nefastos. Entre estes encontram-se o facto de não prevenir as várias picadas durante o dia, pois a máquina utilizada tem de ser permanentemente calibrada. Outra desvantagem é a de esta máquina ter de ficar continuamente ligada ao corpo da pessoa, podendo causar desconforto, interferindo na vida diária da pessoa que a utiliza. Isto pode parecer algo secundário num adulto, mas num adolescente pode ser o suficiente para não utilizar este método. A máquina pode ser vista por outros quando o jovem está a mudar de roupa, no ginásio ou em aulas de Educação Física, ou mesmo na praia, fazendo com que o jovem se sinta desconfortável, e possa ficar com uma marca no seu bronzado, que pode parecer insignificante num adulto, mas mais uma vez pode ser a última gota de água para o adolescente. Vários estudos referem que o grupo de amigos do jovem com diabetes terá reações negativas à sua diabetes, mas a evidência empírica demonstra que estes tendem a fornecer encorajamento. Apesar de os adolescentes conhecerem melhor a sua doença que as crianças, aqueles têm mais preocupações como a necessidade de pertencer a um grupo, o que diminui a sua adesão à medição da sua condição (15).

Mais uma vez também com a diabetes se pode observar a importância da família na adesão do jovem, mas com a ressalva que este apoio só dever ser dado se o próprio a pedir, pois esta pode ser interpretada com intrusiva, tendo o efeito contrário ao intendido.

Alguns métodos que parecem ter eficácia em melhorar a aderência no adolescente são a Entrevista Motivacional (15), onde se incentiva o paciente em marcar objetivos no seu tratamento e a mudar de comportamento de forma a poder cumprir os mesmos. Também com a diabetes foi testado a utilização de telemóveis e o envio de mensagens de texto e emails para tentar melhorar a adesão dos jovens, mas os seus efeitos a longo prazo ainda são desconhecidos, sendo que é provável que tenham de incorporar outros métodos, como reforço positivo e métodos para ajudar os pacientes a lidar com a sua patologia, ao invés de mensagens simples para apenas lembrar os mesmos da terapêutica em si.

Future studies

Barrier to adherence	Next steps
- Forget meal or snack insulin doses	- Explore timing of meal dose insulin
- Difficult to plan or follow regimen	- Question providers about how they teach patients to give meal dose insulin
- Difficult to administer insulin and/or eat meals at the right time	- Trial pre-meal insulin administration
- Forget to check and record blood sugars	- Determine availability of meters, strips, log books
- Difficult to administer correct insulin dose or to adjust dose based on blood sugar	- Review/re-educate about logging blood sugars, monitoring trends
- Difficult to communicate with provider	- Assess technologies available (pump alarms, cell phones, etc.)
- Forget to obtain refills, unable to obtain refills	- Assess carbohydrate counting and diabetes numeracy during provider visits
	- Investigate communication resources/training available to providers
	- Explore targeted interventions to improve communication
	- Investigate how often families run out of supplies and whether financial constraints play a major role in this
	- Explore means to help pediatric patients remember to obtain refills

Figura 2- Causas de não administração de insulina e como melhorar a sua aderência. Source - Review of Adolescent Adherence in Type 1 Diabetes and the Untapped Potential of Diabetes Providers to Improve Outcomes. Current Diabetes Reports

ESQUIZOFRENIA NO ADOLESCENTE

Uma doença psiquiátrica com grande relevo na psiquiatria é a esquizofrenia. Afeta cerca de 0,5% da população e tem normalmente origens na adolescência, sendo que entre todos os diagnósticos, 40% entre os homens e 23% entre as mulheres são feitos antes dos 19 anos (16). Esta patologia afeta também mais o sexo

masculino, numa razão aproximadamente de 1,4 para 1. É também nos homens que tem um início mais precoce, com mais sintomas negativos e com um pior funcionamento, enquanto que as mulheres apresentam mais um quadro subtipo paranoide, com mais sintomas positivos e com melhor prognóstico (17). É uma patologia muito importante pois é usualmente crônica (remissão espontânea ronda os 20%) e tem um grande efeito na esperança média de vida, com uma redução entre 10 a 25 anos (18).

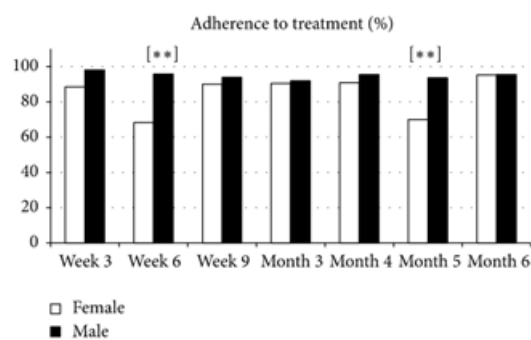


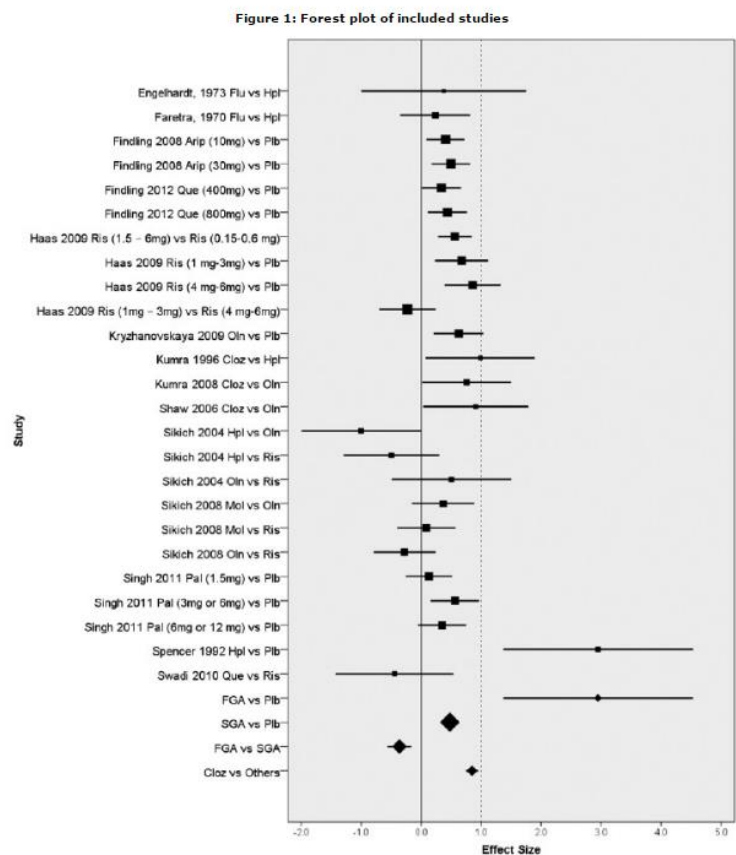
Figura 31- Comparação de adesão terapêutica entre sexos. Source- Sex Differences in Severity, Social Functioning, Adherence to Treatment, and Cognition of Adolescents with Schizophrenia.

Existem atualmente poucos estudos realizados em adolescentes, mas os que existem revelam dados semelhantes aos dos adultos, com mais sintomas negativos nos rapazes, e mais sintomas positivos e melhor prognóstico nas raparigas. No entanto, um estudo mostra diferentes adesões entre os dois sexos (17), sendo esta maior entre os rapazes (95%) e com maior variância entre as raparigas (entre 68% e 85%). Esta maior adesão estava correlacionada com adolescentes que sentiam um

maior suporte familiar, algo reconhecido também em adultos. Ambos os grupos revelaram melhorias a nível sintomático e a nível de relação social (com maior capacidade de formar relações com outros e em serem independentes)

A medicação mais utilizada nesta patologia são os antipsicóticos, que podem ser divididos em antipsicóticos típicos (os mais antigos) e os atípicos (mais recentes), tendo ambos os seus pontos positivos e pontos negativos. Efeitos adversos importantes nos antipsicóticos típicos são os efeitos extrapiramidais, como parkinsonismo (tremor, bradicinesia), distonia ou discinesia. Quanto aos atípicos, são mais ligados a efeitos secundários relacionados com patologia metabólica, como síndrome metabólica, ganho de peso ou diabetes.

Nos adolescentes não existem muitos estudos a comparar estes dois grupos de fármacos entre si, sendo mais comum a comparação com o placebo, algo em que ambos



Studies shown in alphabetical order of the first authors. Size of boxes in logarithmic proportion of the weight, Arip Aripiprazole, Cloz Clozapine, FGA First Generation Antipsychotic, Flu Fluphenazine, Hpl Haloperidol, Mol Molindone, Oln Olanzapine, Pal Paliperidone, Plb Placebo, Que Quetiapine, Ris Risperidone, SGA Second Generation Antipsychotic

Figura 4- Comparação de terapêutica antipsicótica em esquizofrenia no adolescente. Source - Antipsychotics in children with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis.

os grupos mostram uma superioridade semelhante (19). No entanto, os SGAs (Second Generation Antipsychotics) aparentam ter superioridade sobre os FGAs (First Generation Antipsychotics). Este estudo conclui ainda que a clozapina (um SGA), é a terapêutica mais eficaz. No entanto, também foram identificados mais casos de dislipidemia e intolerância à glicose entre pacientes que tomavam esta medicação.

Devemos então ter em conta os efeitos secundários de qualquer medicação, pois estes podem ter efeitos importantes na adesão à mesma. Efeitos adversos como ganho de peso podem não parecer muito importantes para o médico, mas poderão ser encarados pelo adolescente como algo inadmissível. Devemos então estar sempre atentos a possíveis efeitos secundários, pois podem ser uma causa importante de não adesão.

DEPRESSÃO MAJOR

Outra patologia associada a uma grande mortalidade e morbilidade e também muito prevalente no adolescente é a depressão major, tendo 12,5% da população entre 12 e 17 anos um episódio num período de 1 ano (20), sendo muito mais prevalente entre o sexo feminino (19,5% contra 5,8%), aumentando a prevalência com a idade e atingindo o seu pico entre as idades de 15-16 anos. É também destacável a grande variabilidade de adesão reportada em vários estudos, desde 10 % até 80% (21). Esta grande variabilidade e fraca aderência é muito prevalente em patologias psiquiátricas, e uma das mais importantes razões relaciona-se com a medicação. Doentes que experienciem recaídas na sua patologia, persistência de sintomas ou hospitalizações recorrentes têm uma maior probabilidade de não cumprirem a sua terapêutica. Por sua vez, esta não adesão leva a maior insucesso académico, maior abuso de substâncias e maior probabilidade de suicídio.

Para avaliar aderência, existem questionários como o DAI (Drug Attitude Inventory), que mede a opinião que doentes psiquiátricos têm da medicação que estão a efetuar, sendo assim um método para avaliar uma possível desistência da terapêutica no futuro. O facto é que estes questionários são realizados primariamente com a população em foco, pois é a forma de o aplicar ao maior número de pacientes possível. Mas o adolescente não é igual a um adulto, tendo diferentes experiências e diferentes atitudes perante a sua medicação. Uma das maiores diferenças é o fator independência: o adulto está (na grande maioria das situações) completamente livre de continuar ou suspender a

sua medicação, enquanto que o adolescente não possui esta autonomia. Numa idade em que procura independência, o facto de não ter esta capacidade de decisão pode levar a situações de rebeldia e suspensão da medicação, numa tentativa de reconquistar o controlo deste aspeto da sua vida. Outro fator importante na adesão à sua medicação está relacionada com os efeitos secundários que esta pode conter, algo muito observável com a medicação psiquiátrica. Com a medicação antidepressiva em contexto de depressão major, os principais efeitos secundários são: irritabilidade, agitação psicomotora, alteração de humor (até aparecimento de sintomas maníacos em doença bipolar) (22,23) e ganho de peso. Por esta razão os doentes devem ser avisados dos possíveis efeitos secundários, principalmente por que este não devem interromper a medicação, correndo o risco de ter uma recaída ou sintomas de descontinuação. O doente deve manter a terapêutica proposta até à próxima consulta, onde esta poderá ser ajustada para diminuir/remover os efeitos secundários da mesma.

INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ADERÊNCIA

Discutivelmente, o primeiro fator que devemos ter em conta é a complexidade da terapia a realizar. Por esta razão, o nosso primeiro objetivo quanto à terapêutica deve ser de a simplificar, utilizando a mnemónica “SIMPLE” (24).

1. Simplifying regimen characteristics;
2. Imparting knowledge;
3. Modifying patient beliefs;
4. Patient communication;
5. Leaving the bias
6. Evaluating adherence.

Estas intervenções estão comprovadas para melhorar a aderência na população em geral, mas estas são também implementáveis nos adolescentes, com determinadas alterações.

SIMPLIFICAÇÃO

A medicação deve ser prescrita de tal forma que seja fácil e intuitiva de implementar. Devemos reduzir o número de doses diárias, utilizando medicação com um maior tempo de semivida e o menor número de medicamentos, privilegiando medicação com múltiplos princípios ativos. Outro detalhe muitas vezes ignorado é o facto de que muitas vezes os pacientes não compreendem ou têm uma errónea ideia de como devem tomar os medicamentos prescritos (24,25), pelo que o médico deve adotar linguagem simples, pedindo ao doente para repetir as instruções, de forma a garantir a sua compreensão. Existem ainda múltiplas formas de ajudar o adolescente em particular a cumprir a sua medicação, estando entre elas a ligação da toma da sua medicação com rotinas do seu dia-a-dia, como lavar os dentes ou pôr maquilhagem, ou ainda com a utilização de aplicações de smartphones. Uma destas, a Medisafe Medication Reminder, é grátis e tem vários benefícios, como lembrar o horário da medicação ou quando necessitará de pedir novas prescrições.

CONHECIMENTO

Quanto melhor e mais completo for o conhecimento que o adolescente tiver da sua doença, melhor será a sua aderência e consequentemente o controlo da própria patologia. Este conhecimento deve partir sempre do seu médico, devendo este utilizar linguagem simples e corrente (algo já referido anteriormente), de forma a que o doente perceba a razão pela qual está a tomar cada medicamento, de forma que o próprio jovem assuma responsabilidade, evitando a ideia de que está a fazer determinado tratamento por ordem médica, mas que a está a realizar para melhorar a sua saúde, e que é ele próprio quem está encarregado do mesmo, não apenas o médico. Mais uma vez, existe muita informação disponível online, mas o médico deve indicar qual é a correta e evitar que o doente ganhe ideias erradas sobre a sua patologia, pelo que deve ser perguntado ativamente as dúvidas que este pode ter.

MODIFICAÇÃO DE CRENÇAS E COMPORTAMENTOS

Atualmente, muitos adolescentes têm já ideias sobre diferentes patologias, mas que muitas vezes são errôneas. Podem ter ideias preconceituosas acerca de patologias como depressão (não é uma doença) ou sobre esquizofrenia (são todos “malucos”). Devemos desconstruir estas falsas crenças sem mentir, pois, se omitirmos ou mentirmos sobre algo, a tão importante confiança entre doente-médico é quebrada, fator de extrema importância na adesão terapêutica. Devemos dar a compreender ao doente que a medicação é essencial para a sua saúde, que a sua patologia é importante e indicar a sua severidade, dar a entender o benefício do tratamento e que o jovem é capaz e competente o suficiente para adquirir comportamentos saudáveis, entre os quais se inclui a sua terapêutica. No entanto estas intervenções devem ser sempre “tailor-made”, ou seja, diferentes para cada patologia e para cada paciente, visto todos os adolescentes serem diferentes.

COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Comunicação deve ser a base de qualquer relação médica e esta não deve ser limitada ao tempo da consulta, devendo incluir lembretes ou dados importantes enviados por email ou por telefone, quando assim for adequado. Estudos mostram que metade de pessoas com patologia psiquiátricas não são diagnosticadas por má comunicação, os médicos interrompem os doentes 18 segundos após estes iniciarem a apresentação das suas queixas, e que múltiplos processos contra médicos têm origem na falta de comunicação (26), sendo que diminuem quando o médico admite o erro ao doente, o que mostra a importância da comunicação para as duas partes.

Com uma avaliação eficaz, o médico fica mais ciente do contexto psicossocial do seu paciente, sendo capaz de calcular qual o melhor método interventivo para cada caso e, ao mesmo tempo, o doente consegue adquirir maior quantidade e qualidade de informação, diminuindo assim a não adesão terapêutica com insuficiente conhecimento.

Simultaneamente, uma comunicação eficaz com a família do adolescente favorece também o cumprimento da terapêutica por parte do jovem, pois assim cria-se uma rede de apoio a este, motivando-o a continuar o seu tratamento, mesmo na ausência da figura médica, que não pode estar sempre presente.

DEIXAR PRECONCEITOS

Também o médico pode ter conceitos errados sobre a adesão terapêutica entre adolescentes. Vários estudos foram realizados, mas nenhum demonstra consistentemente adesão diminuída em algum grupo étnico, social, ou diferenças entre sexos (24,27). No entanto, vários estudos demonstram esta diferença entre os adolescentes em comparação com crianças e adultos. Por esta razão, devemos estar cientes mais uma vez das particularidades do jovem, de forma a tentar compreender a razão da adesão diminuída, não atribuindo a não adesão apenas ao facto de este pertencer a uma minoria étnica ou de ter dificuldades económicas, tentando descortinar outras causas para o mesmo não estar a cumprir a terapêutica. No jovem, é sempre muito importante uma comunicação eficiente acima de quase todos os outros aspetos.

AValiação da Aderência

Por fim, é de realçar que os médicos consistentemente subestimam o problema da não adesão nos seus pacientes (24), sendo que, se esta não for detetada, não pode ser corrigida. Por esta razão é imperativo a utilização dos métodos mais fiáveis para detetar incumprimento de terapêutica. Como já foi referido anteriormente, existem muitas formas de executar esta tarefa, mas a mais prática e mais generalizada é a comunicação direta com o paciente. Este é o método menos dispendioso, mais eficiente a nível temporal e cria uma relação com o jovem, sendo que o simples facto de perguntares se este adere à sua terapêutica aumenta o cumprimento da mesma.

IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA ADESÃO TERAPÊUTICA

Como já foi referido anteriormente, um dos fatores mais importantes para garantir a adesão à terapêutica é a família do adolescente. Esta deve servir como base de suporte da qual o jovem deve iniciar o controlo sobre a sua doença. Um dos exemplos já referido anteriormente está presente na Diabetes. A motivação dada por pais aos filhos a realizarem a monitorização da sua glicémia leva a um maior controlo da sua doença (28). Mas ao mesmo tempo, a família não pode intervir em excesso, pois pode ter um efeito negativo tanto na adesão como na relação família/adolescente.

A família mais eficaz é aquela que promove um estilo parental democrático, marcado por ser um estilo compreensivo para com o jovem, mas que ao mesmo tempo não abdica os limites que existem para o mesmo (2).

A família deve ser capaz de identificar as perceções negativas que o jovem tem sobre a doença, desmitificando-as. Deve também servir como elo de ligação com a equipa de saúde, diminuindo as possíveis sensações de desconfiança que possam existir (29).

Então o médico deve estar atento à interação que existe entre o paciente e a sua família, avaliando o funcionamento familiar, a perceção da família e do jovem da doença em causa, avaliando assim a capacidade de apoio que este agregado familiar possui. Outro ponto essencial é incentivar e envolver os pais (ou outros cuidadores), a conhecerem melhor a patologia do jovem, incentivar a investigação independente, mas sempre baseada em dados e meios de comunicação credíveis. Outra metodologia que pode ser adotada pelos pais envolve a estruturação de rotinas para o adolescente, com várias atividades que envolvam todos os membros da família. Desta forma, cria-se um ambiente mais comunicante entre os membros familiares, criando um espaço de positividade e de apoio. (30).

CONCLUSÃO

Todos os médicos devem ter em conta a baixa adesão dos seus pacientes. Este problema deve também estar nas mentes dos pediatras, pedopsiquiatras e de toda a equipa de saúde que trata de um adolescente, pois nesta faixa etária é comum esta condição. A avaliação de cumprimento de terapêutica deve ser feita em intervalos regulares, de forma a detetar estas situações.

O médico deve criar uma relação de confiança com o adolescente em que consegue fazer o mesmo entender que compreende a situação, não tendo uma atitude crítica ou negativa. Deve compreender e identificar as razões do incumprimento da medicação, sendo capaz de ao mesmo tempo oferecer soluções para cada problema. O jovem deve então compreender a sua própria doença (sem preconceitos) e perceber a importância da sua medicação.

O problema da não adesão à terapêutica é um problema importante no jovem, e não pode ser só ele a ter a responsabilidade sobre o mesmo. Além do médico, também a família deve apoiar o adolescente, servindo como base estabilizadora onde o próprio se pode apoiar até que se torne capaz de lidar com a sua patologia por si só, que deve ser o pretendido na grande maioria das situações.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda a minha família por me ter apoiado nos melhores e nos piores tempos desta minha aventura académica. Uma especial nota de apreço pelos meus avós maternos e paternos, por toda a sabedoria e educação que me deram e que sem eles eu não estaria onde estou hoje. Agradeço a todos os meus professores que me ajudaram e que me fizeram avançar nos meus estudos. Um obrigado também a todos os meus colegas de curso e amigos que fiz ao longo da minha vida, que me ajudaram a saber aproveitar o melhor dela.

Por fim, agradeço a Ele por me ter guiado todos os dias da minha vida, sendo que tentarei continuar no caminho que traçou para mim.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Abegaz, Tadesse et (2017), *Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis.*, Medicine, 96:4(e5641).
- 2- Afonso, Pedro, Figueiredo, Maria, Sampaio, Daniel, *Manual de Psiquiatria Clínica*, Editora Lidel, pág 45-50
- 3- *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016: capítulo 110
- 4- Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PÁ, (2015), *Imagen corporal; revisión bibliográfica*, Nutr Hosp. 2013;28(1):27-35
- 5- <http://harvardmagazine.com/2008/09/the-teen-brain.html>
- 6- Sampaio, Daniel, et al (2014), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos*, capítulo 19-*Adolescência e Comportamentos Suicidários*, pág,225-226.
- 7- Talakoub, S., & Nasiri, M. (2012). *Affective responses of the parents after diagnosis of type 1 diabetes in children*. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(2 Suppl1), S96–S100.
- 8- Evans, S. D., Mellins, C. A., Leu, C. S., Warne, P., Elkington, K. S., Dolezal, C., ... Abrams, E. J. (2015). *HIV treatment adherence measurement and reporting concordance in youth with perinatally acquired HIV infection and their caregivers*. *AIDS Patient Care and STDs*, 29(1), 43–51.
- 9- Taddeo, D., Egedy, M., & Frappier, J.-Y. (2008). *Adherence to treatment in adolescents*. *Paediatrics & Child Health*, 13(1), 19–24.
- 10- PEF-peak expiratory flow) (Van der Meer, V et al., (2006) *Compliance and Reliability of Electronic PEF Monitoring in Adolescents with Asthma*. *Thorax* 61.5 457–458
- 11- Kamps AWA, Roorda RJ, Brand PLP. (2001), *Peak flow diaries in childhood asthma are unreliable*. *Thorax*; 56:180–2
- 12- Borus, J. S., & Laffel, L. (2010). *Adherence challenges in the management of type 1 diabetes in adolescents: prevention and intervention*. *Current Opinion in Pediatrics*, 22(4), 405–411.
- 13- Datye, K. A., Moore, D. J., Russell, W. E., & Jaser, S. S. (2015). *A Review of Adolescent Adherence in Type 1 Diabetes and the Untapped Potential of Diabetes Providers to Improve Outcomes*. *Current Diabetes Reports*, 15(8), 621.
- 14- Wong, J. C., Foster, N. C., Maahs, D. M., Raghinaru, D., Bergenstal, R. M., Ahmann, A. J., ... Adi, S. (2014). *Real-Time Continuous Glucose Monitoring*

- Among Participants in the T1D Exchange Clinic Registry*. Diabetes Care, 37(10), 2702–2709.
- 15- Borus, J. S., & Laffel, L. (2010). *Adherence challenges in the management of type 1 diabetes in adolescents: prevention and intervention*. Current Opinion in Pediatrics, 22(4), 405–411.
 - 16- Cullen KR, Kumra S, Regan J, et al. (2008). *Atypical Antipsychotics for Treatment of Schizophrenia Spectrum Disorders*. Psychiatric Times. 25 (3).
 - 17- Garza. Rudolfa et al, (2016) *Sex Differences in Severity, Social Functioning, Adherence to Treatment, and Cognition of Adolescents with Schizophrenia*, Schizophrenia Research and Treatment, vol. 2016, Article ID 1928747, 7 pages
 - 18- Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M (March 2012). *Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia*. Current opinion in psychiatry. 25 (2): 83–8.
 - 19- Sarkar S, Grover S., (2013) *Antipsychotics in schildren with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis*. Indian J Pharmacol. 45(5):439–446.
 - 20- <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/major-depression-among-adolescents.shtml>
 - 21- Townsend, L., Floersch, J., & Findling, R. L. (2009). *Adolescent Attitudes toward Psychiatric Medication: The Utility of the Drug Attitude Inventory*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 50(12), 1523–1531
 - 22- Staton, D. (2010). *Achieving adolescent adherence to treatment of major depression*. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 1, 73–85.
 - 23- <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/child-and-adolescent-mental-health/antidepressant-medications-for-children-and-adolescents-information-for-parents-and-caregivers.shtml>
 - 24- Atreja, A., Bellam, N., & Levy, S. R. (2005). *Strategies to Enhance Patient Adherence: Making it Simple*. Medscape General Medicine, 7(1), 4.
 - 25- Donald E. Greydanus, MD and Gabriel Kaplan, MD, March 26, 2012, *Strategies to Improve Medication Adherence in Youths* (<http://www.psychiatristimes.com/child-adolescent-psychiatry/strategies-improve-medication-adherence-youths>)
 - 26- Huntington, B., & Kuhn, N. (2003). *Communication gaffes: a root cause of malpractice claims*. Proceedings (Baylor University. Medical Center), 16(2), 157–161.

- 27- Butow P., et al, 2010, *Review of adherence-related issues in adolescents and young adults with cancer*, Journal of Clinical Oncology 28, no. 32
- 28- Cheraghi, F., Shamsaei, F., Mortazavi, S. Z., & Moghimbeigi, A. (2015). The Effect of Family-centered Care on Management of Blood Glucose Levels in Adolescents with Diabetes. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 3(3), 177–186.
- 29- Rhee, H., Belyea, M. J., & Brasch, J. (2010). Family Support and Asthma Outcomes in Adolescents: Barriers to Adherence as a Mediator. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 47(5), 472–478.
- 30- Barros, Luísa, *Família, Saúde e Doença* (2003).